

**Norges Helsehøyskole, Campus Kristiania
Institutt for akupunktur**

Bachelor oppgave

Fødselsstimulerende akupunktur

- en litteraturstudie



Ill: www.birthzang.co.uk

Emne: AKU 10

Kull: BAd10

Kandidatnummer 100507

7677 ord

Innleveringsfrist: 09.04.2014

Forord

Som akupunkturstudent på 4. år deltid ved Norges Helsehøyskole, Campus Kristiania (NHCK) har jeg lest om akupunktur i forbindelse med fødsler. Jeg er utdannet jordmor og har i en årrekke jobbet på en fødeavdeling hvor mange av mine kolleger har anvendt fødselsstimulerende akupunktur. I juni 2010 deltok jeg på en nordisk jordmorkonferanse i Danmark. Her presenterte Lyngsø, Lorentzen og Lauszus en studie hvor de så på bruk av akupunktur ved fødselsdystoci. De fant ingen statistisk signifikant effekt av akupunktur ved fødselsdystoci når de gjorde en randomisert kontrollert undersøkelse. Dette overrasket forskerne da de fra før hadde god erfaring med denne behandling fra klinikken. Jeg ble veldig interessert i problemstillingen rundt diagnostisering og valg av akupunkturpunkter siden deres beskrivelser av dette ikke sammenfalt med det jeg trodde jeg visste om akupunktur. Derfor ble dette tema selvsagt for meg når jeg skulle velge emne til min bacheloroppgave.

Jeg vil takke Hilde Skjerve og Anette Sørensen for lån av bøker det var umulig å få tak på andre steder.

Kandidatnummer 100507

19.03.2014

Innhold

Forord	2
Sammendrag	5
1. Innledning	6
1.1. Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	6
1.2. Min førforståelse samt presentasjon av eget ståsted	6
1.3. Problemstilling	7
1.4. Presisering av problemstillingen	7
1.5. Avgrensninger i oppgaven	7
1.6. Definisjon av begreper	7
1.7. STRICTA og CONSORT	7
2. Metode	8
2.1. Metodevalg	8
2.2. Søkeprosess litteratur	8
2.3. Søkeprosess forskning	9
2.4. Metodekritikk	10
2.5. Kildekritikk	10
3. Teori	11
3.1. Dystoci og behandling av dystoci i vestlig medisin	11
3.2. Dystoci og behandling av dystoci i TKM	11
3.2.1. Xu m.fl. (1988)	11
3.2.2. Flaws (2005)	12
3.2.3. West (2008)	13
3.2.4. Roemer (2005)	14
3.3. Emosjoner som årsak til ubalanser innenfor TKM	14
3.4. Forskning	15
3.4.1. Lyngsø, Lorentzen og Lauszus (2010)	15
3.4.2. Selmer-Olsen, Lydersen og Mørkved (2007)	15
3.4.3. Gaudernack, Forbord og Hole (2006)	17
4. Drøfting	18
4.1. Drøfting av teorien	18
4.2. Drøfting av forskningen opp imot teorien	19
5. Konklusjon	22

6. Litteraturliste	24
Vedlegg 1	26
Vedlegg 2	27

Sammendrag

Problemstilling:

Hvilke vurderinger bør jordmødre som anvender fødselsstimulerende akupunktur ved fødselsdystoci gjøre med hensyn til valg av akupunkturpunkter?

Metode:

Oppgaven er en litteraturstudie hvor jeg har benyttet fire forskjellige forfattere og tre forskningsrapporter for å se på diagnostisering, prinsipp for behandling og punktvalg ved fødselsdystoci innen TKM. Jeg har også sett på dystoci i vestlig medisin for å kunne dra sammenlikninger mellom vestlig medisinsk og TKM oppfattelse av problematikken.

Resultat:

Dystoci vies liten oppmerksomhet i TKM litteraturen men både innen vestlig medisin og hos de inkluderte forfatterne er det enighet om at dystoci kan skyldes manglende energi, problemer med flyten av energi og/eller emosjonelle/psykologiske faktorer.

Forfatterne er enige i en del akupunkturpunkter med spesifikke TKM funksjoner som kan være anvendelige ved dystoci. Punktvalget i forskningsrapportene avspeiler stort sett det litteraturen viser til, enten med de spesifikke punktene eller med valg av punkter som har til dels samme TKM funksjoner.

Resultatene i de inkluderte forskningsrapportene er varierende. Noen studier finner effekt på noen av endemålene. Noen av disse funnene er statistisk signifikante, andre funn viser en målbar men ikke statistisk signifikant effekt.

Konklusjon:

Jordmødre som jobber i norske sykehus og som bruker akupunktur befinner seg i spennet mellom to forklaringsmodeller når de skal behandle pasientene sine. Forklaringsmodellene er selvfølgelig forskjellige og behandlingen de skal utøve tar utgangspunkt i forståelsen av problemet ut fra hvilken medisinsk modell som anvendes. Dette krever at jordmødre har tilstrekkelig utdanning om hvordan dystoci forklares både i vestlig medisin og i TKM. I tillegg bør jordmødre ha nok klinisk praksis innenfor TKM for å kunne utøve behandlingen på en effektiv måte.

1. Innledning

1.1. Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Akupunktur brukt i forbindelse med fødsler har blitt mer og mer populært de siste årene og tilbys nå ved mer enn 85 % av norske fødeavdelinger (Barratt-Due, Hagen og Dahl 2005). Det kan brukes både som smertelindring, ved igangsettelse av fødselen og som ristimulering. I Norge opplever nesten hver tredje fødekvinne langsom fremgang (fødselsdystoci) i fødselsforløpet. 94 % av de som har fødselsdystoci må stimuleres med intravenøs infusjon av Syntocinon, en syntetisk variant av det ristimulerende hormonet oxytocin (Blix, Kumle og Øian 2008). Når fødselen må stimuleres krever det mer overvåkning av fosteret, øker behovet for medikamentell smertelindring og hemmer kvinnens bevegelsesfrihet under fødselsarbeidet (Møller m.fl. 2011). Denne stimuleringen er også mistenkt for å kunne øke risikoen for instrumentelle inngrep, surstoffmangel hos fosteret og innleggelse i nyfødtafdelingen (Blix, Kumle og Øian 2008). Alt dette kan tenkes å få mer langvarige konsekvenser slik som lengre liggetid på sykehuset, behov for ekstra oppfølging etter utskrivelse og i verste fall føre til fødselsangst med etterfølgende planlagt keisersnitt ved neste svangerskap (Nerum m.fl. 2006). Altså både fysiske og ikke minst emosjonelle konsekvenser for mor og barn, men også samfunnsøkonomiske konsekvenser i form av behov for ekstra oppfølging fra helsetjenesten.

I tradisjonell kinesisk medisin (TKM) beskrives fødselsdystoci som enten Qi og Blod Xu eller Qi og Blod stagnasjon og prinsipp for behandling og punktvalg settes opp på bakgrunn av dette (Xu m.fl. 1988, Flaws 2005). Noen inkluderer i tillegg emosjoner i diagnosebildet (West 2008) og andre igjen tar utgangspunkt i medisinsk akupunktur, altså en mer vestlig tilnærming til problemstillingen (Roemer 2005). Blant de ovennevnte forfattere er det enighet om noen akupunkturpunkter, spesielt SP6, ST36, LI4 og LR3, men de viser også stor variasjon i valg av andre punkter ut fra deres forskjellige innfallsvinkler til problemstillingen.

1.2. Min førforståelse samt presentasjon av eget ståsted

Jeg er utdannet jordmor og har i en årrekke jobbet på en fødeavdeling hvor mange av mine kolleger har anvendt akupunktur. Som akupunkturstudent på 4. år deltid ved Norges Helsehøyskole, Campus Kristiania (NHCK) har jeg hatt lest om akupunktur i forbindelse med fødsler. Min erfaring, ikke bare fra egen jobbsituasjon og som student, men også fra samtaler med kolleger, deltakelse på kurs, konferanser og undervisning i emnet og gjennom artikler om bruk av fødselsakupunktur, er at diagnostisering, punktvalg og begrunnelser for punktvalg varierer veldig. Fra det jeg oppfatter som veloverveide og reflekterte diagnoser basert på gode kunnskaper om TKM teori og metode til det jeg vil betegne som ”kokeboks-akupunktur”.

I presentasjonen av en dansk studie på en nordisk jordmorkonferanse beskriver Lyngsø (2010) at på tross av at de hadde god klinisk erfaring med bruk av akupunktur ved fødselsdystoci, så fant de ingen statistisk signifikant effekt av akupunktur ved fødselsdystoci når de gjorde en randomisert kontrollert undersøkelse. Denne presentasjonen gjorde at jeg ble interessert i problemstillingen rundt diagnostisering og valg av akupunkturpunkter for fødselsdystoci. Jordmødre som anvender fødselsakupunktur og som jobber i det norske helsevesenet må forholde seg til vestlig medisinske diagnoser samtidig med at de som akupunkturutøvere må

forholde seg til TKM teori og metode. Jeg ønsker derfor å se på hvilke vurderinger som gjøres når diagnosen stilles, prinsipp for behandling settes og akupunkturpunktene velges.

1.3. Problemstilling

Hvilke vurderinger bør jordmødre som anvender fødselsstimulerende akupunktur ved fødselsdystoci gjøre med hensyn til valg av akupunkturpunkter?

1.4. Presisering av problemstillingen

Med fødselsstimulerende akupunktur menes i denne oppgaven akupunktur som gis for å fremme progresjonen i et allerede igangværende fødselsforløp.

Med fødselsdystoci menes unormalt lange fødselsforløp, med eller uten risvekkelse, for eksempel på grunn av utmattelse, avvikende føtale posisjoner, angst eller mekaniske misforhold (Møller m.fl. 2011).

1.5. Avgrensninger i oppgaven

Av hensyn til oppgavens omfang vil jeg kun se på dystoci i fødselens første fase, åpningsfasen, ikke dystoci i fødselens andre fase, utdrivningen. Fødselsdystoci på grunn av mekaniske misforhold ender som regel med keisersnitt og vil ikke bli beskrevet i oppgaven.

1.6. Definisjon av begreper

Jeg tar utgangspunkt i at lesere av denne oppgaven er kjent med begreper innen TKM. Disse vil derfor ikke utdypes her.

Fødselsdystoci vil bli nærmere forklart under teoridelen i oppgaven. Både i faglitteraturen og i de inkluderte forskningsrapportene brukes både dystoci, som betyr ”dårlige rier” (www.sml.no) og inert, som betyr ”treghet” (www.snl.no) om langsom fremgang i fødselsarbeidet. Jeg vil bruke begrepet dystoci i oppgaven da dette best dekker det jeg vil belyse. Jeg vil benytte begrepet både når jeg beskriver fenomenet i vestlig medisin og i TKM selv om man innen TKM gir det egne diagnoser. Disse vil jeg redegjøre for i teoridelen.

1.7. STRICTA og CONSORT

STRICTA (STandards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture) er akupunkturspesifikke retningslinjer som er laget med det formål å bedre kvaliteten på kliniske akupunkturstudier (MacPherson m.fl 2001). Bedre rapportering vil lette utfordringene med både å tolke og etterprøve studiene (Birch 1997). STRICTA benyttes som tillegg til de mer generelle retningslinjene for studierapportering fra CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials). CONSORT retter seg primært mot randomiserte kontrollerte studier og består av en sjekkliste med 25 essensielle punkter som bør inkluderes i studierapporteringen og et diagram som skal vise deltagerflyten gjennom hele studiet (Schulz m.fl 2010).

2. Metode

2.1. Metodevalg

Metoden i denne oppgaven vil være en litteraturstudie som bygger på pensumlitteratur, støttelitteratur samt forskning på området. Oppgaven vil bli skrevet ut ifra Metode og oppgaveskriving for studenter (Dalland 2007) samt retningslinjer for bacheloroppgave på Norges Helsehøyskole, Campus Kristiania (NHCK) fra oktober 2012. I oppgaven vil jeg utelukkende se på akupunktur i forbindelse med dystoci uten mekaniske misforhold. Jeg vil bygge oppgaven opp ved først å redegjøre for diagnosen dystoci i vestlig medisin og hvordan den vanligvis behandles. Deretter vil jeg redegjøre for diagnostisering og behandling av dystoci i TKM perspektiv. Jeg vil ta utgangspunkt i følgende forfattere: Xu m.fl. (1988), Flaws (2005), West (2008) og Roemer (2005). Jeg vil sammenlikne informasjonen fra bøkene deres ved å se på hvordan de beskriver diagnosen dystoci, hvilke prinsipper for behandling de anvender og dermed hvilke punktvalg de gjør. I tillegg vil jeg kort redegjøre for emosjoner som årsak til ubalanser innenfor TKM med utgangspunkt i pensumlitteraturen (Maciocia 2005). Jeg vil også benytte et utvalg av forskningsrapporter om akupunktur ved dystoci for å se hvilke forskningsresultater man har kommet frem til, og for å sammenligne punktvalgene i undersøkelsene med det som beskrives i litteraturen. Jeg vil konsentrere meg om forskning som er gjort innenfor de siste 10 årene. Eksklusjonskriteriene vil blant annet være studier som omhandler bruk av urter, øreakupunktur, elektroakupunktur, forskning på dyr samt artikler som ikke er på dansk, norsk eller engelsk. Med hensyn til sekundære mål i de inkluderte forskningsrapporter vil jeg kun presentere de funn som har relevans for problemstillingen.

Jeg vil presentere punktvalgene til de forskjellige forfattere samt punktvalgene i de inkluderte forskningsrapportene i oppgavens teoridel. For at få en systematisk oversikt vil jeg også vedlegge to matriser hvor jeg har lagt punktene inn slik at man kan få et samlet overblikk over punktvalgene. I oppgavens drøftingsdel vil jeg først sammenlikne og drøfte punktvalgene til de fire forfattere jeg har valgt med utgangspunkt i den kunnskapen jeg har ervervet gjennom akupunkturstudiet og ved bruk av pensumlitteratur og støttelitteratur. Deretter vil jeg sammenstille og drøfte punktvalgene i forskningen opp mot punktvalgene i litteraturen. Punktvalgene vil være samlet i en oversiktsmatrise under punkt 4.2. I konklusjonen vil jeg kort oppsummere mine funn for å kunne belyse problemstillingen.

2.2. Søkeprosess litteratur

Flaws (2005), West (2008) og Roemer (2005) er alle bøker som finnes tilgjengelig i Helsehøyskolens bibliotek og som representerer forskjellige innfallsvinkler til problemstillingen. Jeg hadde lyst å inkludere litteratur av kinesiske forfattere i tillegg. Under studieoppholdet i Nanjing høsten 2013 besøkte jeg flere TKM bokhandlere og spurte etter bøker på engelsk i dette emnet, men fant ingen. Jeg har også søkt på www.amazon.com/co.uk uten å finne noe relevant. Til slutt fikk jeg låne to eldre bøker, Xu m.fl. (1988) og Hou (1995) av en lærer på Helsehøyskolen. I boken til Hou er kapittelet om dystoci veldig kort og består hovedsakelig av presentasjoner av urefererte studier og kasuistikker fra klinikken. Med hensyn til diagnoser og punktvalg legger han seg helt opp ad Xu m.fl. Siden denne boken da ikke tilførte noe nytt til oppgaven valgte jeg ikke å inkludere den. Litteratur som beskriver

vestlig medisinsk diagnose og behandling er valgt med utgangspunkt i min jordmorfaglige bakgrunn. Her har jeg tatt utgangspunkt i utkastet til en dansk guideline for dystoci som er under utarbeiding av en tverrfaglig ekspertgruppe. Gruppen har gått gjennom all tilgjengelig forskning og litteratur på området (Møller m.fl. 2011). Jeg har valgt ikke å benytte gjeldende guidelines, da disse er fra 1999 og derfor er under revisjon.

2.3. Søkeprosess forskning

Jeg var i utgangspunktet allerede kjent med studien til Lyngsø, Lorentzen og Lauszus fra 2010 som jeg har valgt å bruke som den ene forskningsrapport. I denne studien refereres til flere andre studier. Blant annet Gaudernack, Forbord og Hole (2006) samt Selmer-Olsen, Lydersen og Mørkved (2007). Disse to har jeg valgt å inkludere på tross av at de ikke helt belyser problemstillingen.

I tillegg har jeg søkt i følgende databaser: AMED, EMBASE, MEDLINE og PubMed for å finne supplerende forskningsrapporter. Søkespråket har i utgangspunktet vært engelsk og jeg har brukt følgende søkeord: acupuncture, labour/labor, birth, dystocia, inertia og augmentation i forskjellige kombinasjoner. Ved et søk d. 1/5-2013 i forbindelse med utarbeidelse av prosjektplanen for bacheloroppgaven fikk jeg følgende treff:

- AMED: 59 treff
- EMBASE: 212 treff
- MEDLINE: 151 treff
- PubMed: 13 treff

Jeg har lest mange titler og abstracts men forkastet veldig raskt de fleste da de hadde liten relevans for problemstillingen.

Ved et mere spesifikt søk d. 29/12-2013 fikk jeg følgende treff:

- AMED: 26 treff
- EMBASE: 47 treff
- MEDLINE: 65 treff
- PubMed: 18 treff

Det var stort sett de samme studiene som kom opp i de forskjellige søkene avhengig av kombinasjon av søkeordene. Alle tre inkluderte studier kom opp i de fleste av søkene. Opprinnelig hadde jeg som inklusjonskriterium at forskningen skulle være basert på STRICTA (MacPherson m.fl. 2001) men på grunn av et svært lite antall relevante studier i søkene valgte jeg å gå bort fra dette kriteriet. I mine søk har jeg kommet over flere engelske abstracts til kinesiske artikler om emnet som jeg ikke har kunnet inkludere. Andre artikler har jeg fravalgt fordi de var veldig gamle (70' og 80' tallet) eller bare har vært publisert på russisk eller tysk. Til slutt falt valget mitt på de tre inkluderte studiene da disse var de eneste som tilnærmet tok for seg min problemstilling og samtidig hadde god nok kvalitet til å være brukbare. Jeg har også brukt enkelte Google søk for å hente inn informasjon om bland annet norsk fødselsstatistikk og bakgrunnssøk på forfatterne av bøkene jeg har valgt å bruke.

2.4. Metodekritikk

I denne oppgaven har jeg valgt å gjøre en litteraturstudie da jeg anså dette som værende mest relevant med hensyn til å belyse problemstillingen innenfor den gitte tidsrammen. Andre metodevalg kunne gitt andre resultater. Eksempelvis kunne kvalitativt eller kvantitativt intervju som metode eller en observasjonsstudie gitt meg andre funn, en annen diskusjon og dermed en annen konklusjon på problemstillingen (Dalland 2007). Jeg har også valgt en svært snever problemstilling i og med at jeg ikke har sett på akupunktur ved for eksempel igangsettelse av fødsel eller som smertelindring. Det er gjort mer forskning på disse to emnene enn det som der er gjort på fødselsstimulering av en allerede igangværende fødsel. Jeg har derfor vært nødt for å inkludere studier som ikke helt fanger problemstillingen. Dette kan dermed påvirke sluttresultatet.

2.5. Kildekritikk

Jeg har valgt å belyse TKM delen av problemstillingen ut fra følgende bøker: Acupuncture treatment of common diseases av Xu m.fl. (1988), Bob Flaws' Chinese Medical Obstetrics (2005), Zita West's Acupuncture in Pregnancy and Childbirth (2008) og Ansgar Roemer's Medical Acupuncture in Pregnancy (2005). De kinesiske forfatterne har det ikke vært mulig å gjøre bakgrunnsjekk av, så jeg vet ikke noe om dem annet enn at boken er skrevet av ansatte ved the International Acupuncture Training Center, Nanjing College of Traditional Chinese Medicine. Dette er selvfølgelig en svakhet når jeg ikke vet deres bakgrunn eller erfaring med emnet. Samtidig ønsker jeg å tilføye dette aspektet til oppgaven av hensyn til forståelsen av diagnostisering og behandling av dystoci i TKM og Nanjing College of TCM, nå Nanjing University of Chinese Medicine (www.njutcm.edu.cn) er en anerkjent skole.

Bob Flaws har studert bl.a. ved Shanghai College of Chinese Medicine og har utgitt flere bøker om akupunktur (www.healthy.net). Zita West er utdannet jordmor og akupunktør fra England (www.zitawest.com). Ansgar Roemer er lege og akupunktør, utdannet i Østerrike og Kina (www.frauenarzt-roemer.de). Så selv om de alle er forfattere med vestlig bakgrunn har de en solid forankring i TKM, både med hensyn til utdanning og i deres forfatterskap samt mange års erfaring fra fagfeltet. På bakgrunn av det ovennevnte anser jeg derfor forfatterne for å være pålitelige kilder i forhold til temaet og problemstillingen i oppgaven. Emnet dystoci vies ikke mye oppmerksomhet i de bøkene jeg har funnet. Bare noen få sider i hver bok omhandler diagnostiseringen og behandlingen av langsom fremgang i fødselsforløpet.

De studiene jeg har valgt å inkludere er ikke optimale ut fra et akupunkturforskningsmessig synspunkt. Alle tre studier gjør et godt forsøk på å følge kriteriene til STRICTA i forskningsrapportene, men Lyngsø, Lorentzen og Lauszus redegjør for eksempel ikke for punktvalget ut fra TKM teori og selv om de to andre baserer punktvalgene på TKM teori redegjør de ikke i detalj for disse. Jeg ser da at de inkluderte studiene på bakgrunn av dette kan være svake. Noen av studiene er heller ikke optimale i forhold til problemstillingen. Studien til Gaudernack, Forbord og Hole (2006) samt Selmer-Olsen, Lydersen og Mørkved (2007) tar ikke utgangspunkt i den bredere definisjonen av dystoci jeg ønsker å se på, men utelukkende i manglende riaktivitet etter vannavgang. Jeg mener likevel de kan være anvendelige da de er utført i Norge og avspeiler de kliniske forhold jeg ønsker å belyse i

oppgaven og derfor kan være nyttige i drøftingen av problemstillingen. I tillegg benytter begge disse studiene TKM diagnose i forbindelse med punktvalg, hvilket jeg mener kan tilføye oppgaven et viktig perspektiv i forhold til problemstillingen.

3. Teori

3.1. Dystoci og behandling av dystoci i vestlig medisin

Diagnosen dystoci anvendes i vestlig medisin som betegnelse for en fødsel med manglende fremgang, hva enten det er risvekkelse eller ei, og som diagnose forut for inngrep. Dystoci kan oppstå i alle fødselens faser. Primær dystoci er når en fødsel ikke kommer i gang etter vannavgang eller spontan ristart. Sekundær dystoci er når en allerede igangværende fødsel stopper opp. Dystoci kan også oppstå i fødselens andre fase, utdrivningen. Definisjonene på klassisk dystoci i fødselens åpningsfase er vanligvis angitt som mindre enn 1/2 cm fremgang i åpningen av livmormunnen i timen, målt over 4 timer. Dystoci kan ha mange årsaker slik som utslitt mor pga. langvarig fødselsforløp, mangel på energi i form av mat og drikke eller inaktivitet hvis fødekvinne ikke har mulighet for å bevege seg rundt under riarbeidet (Møller m.fl. 2011). I tillegg kan angst eller utrygghet øke utskillelsen av adrenalin, noe som igjen hemmer utskillelsen av det ristemulerende hormonet oxytocin (Alehagen m.fl. 2005). De kliniske funnene ved dystoci vil være mangel på rier eller en endring i rimønsteret. Riene kan være svake, korte, med uregelmessig intervall eller de kan være veldig kraftige og smertefulle, men uten at det er en fremgang i fødselsforløpet. Jordmor vil løpende undersøke progresjonen av livmormunnens åpning og elastisitet samt barnets nedtrengning i bekkenet. Mors adferd under fødselsforløpet, om hun virker redd, gir uttrykk for angst eller har en unormal smerteopplevelse samt informasjon om eventuelle psykiske faktorer fra svangerskapet eller tidligere, gir også jordmor informasjon som benyttes i helhetsvurderingen av situasjonen. Behandlingen av dystoci består generelt i å fremkalle mer effektive rier. Dette kan gjøres enten ved å "ta vannet", det vil si prikke hull på fosterhinnen rundt barnet hvis vannet ikke har gått enda, eller sette opp et intravenøst drypp med Syntocinon, en syntetisk variant av oxytocin. Når diagnosen dystoci settes, gjøres det ikke nødvendigvis noen vurdering av årsaken til at dystocien har oppstått før behandlingen startes opp (Møller m.fl. 2011).

3.2. Dystoci og behandling av dystoci i TKM

3.2.1. Xu m.fl. (1988)

Forfatterne beskriver fire forskjellige årsaker til dystoci, "vanskelig fødsel", ut over mekanisk misforhold:

- For tidlig bruk av krefter (underforstått i den tidlige fasen av fødselen) som drenerer kroppen for energi
- For tidlig vannavgang som fører til tørrhet i fødselskanalen
- Svak konstitusjon med Qi og Blod Xu som fører til svake rier
- Anspenhet under fødselsarbeidet eller mangel på fysisk trening i svangerskapet som fører til stagnasjon av Qi og Blod

Patogenesen i de tre første årsakene er Qi og Blod Xu og i den siste Qi og Blod stagnasjon.

Ved dystoci med svake rier som skyldes Qi og Blod Xu tonifiseres Qi og Blod ved å bruke punkter på SP, ST og KI:

- SP6, ST36, KI7 og BL67. Når SP6 og ST36 settes sammen aktiveres SP og ST slik at de kan produsere Qi og Blod, KI 7 styrker KI Qi og BL67 er et empirisk punkt for fødselsstimulering

I tillegg settes det spesifikke punkter avhengig av symptomene:

- Hvis kvinnen er utmattet settes også CV4 og CV6. Punktene styrker Yuan Qi
- Har hun palpitasjoner og er andpusten settes PC6 og KI3. PC6 kommuniserer med Yinweimai som går gjennom HT. KI3 tonifiserer Essens, nærer HT og roer Shen

Punktene skal settes tonifiserende og stimuleres moderat inntil riene har tatt seg opp i styrke og livmormunnen begynner å åpne seg. I tillegg settes det moxa på CV4, CV6, BL67 og KI3.

Ved dystoci med kraftige uregelmessige rier som skyldes Qi og Blod stagnasjon skal Qi reguleres og Blod stagnasjonen løses opp ved å bruke følgende punkter:

- LI4, SP6, BL67 og Du Yin (Xu m.fl. 1988). Du Yin, Ex-LE11 er et ekstrapunkt under 2. tå (Jin, Jin og Jin 2008). LI4 og SP6 sammen regulerer og sirkulerer Qi og Blod og bringer energien nedover. BL67 og Du Yin er empiriske punkter for fødselsstimulering
- Ved kraftige rismerter settes også LR3 siden punktet fremmer fri flyt av Qi og er smertelindrende (Xu m.fl. 1988)
- Ved ”distress in the chest and abdomen”, noe jeg velger å tolke som fullhetsfølelse/trykk i bryst og abdomen ut fra kunnskap om de valgte punkters TKM funksjon og diagnosen ifølge Møller (2008), settes PC6 og GB21. GB21 regulerer Qi og stimulerer fødsel (Xu m.fl. 1988)

Punktene settes reduserende og stimuleres moderat inntil livmormunnen begynner å åpne seg. På Du Yin og BL67 brukes kun moxa

3.2.2. Flaws (2005)

Flaws forklarer at innen TKM kategoriseres dystoci enten som *nan chan*, vanskelig fødsel eller *zhi chan*, stagnert fødsel, men uten å oppgi noen kilde hvor han har dette fra. Han beskriver årsakene til dystoci ut fra to basale mekanismer, enten Qi og Blod Xu som føre til at det ikke er kraft nok til at barnet kommer ned gjennom fødselskanalen eller stagnasjon av Qi og Blod som hindrer fosterets bevegelse.

For Qi og Blod Xu anbefaler han:

- ST36, SP6, KI7 og BL67.

For Qi og Blod stagnasjon anbefaler han følgende punktkombinasjoner:

- LI4, SP6, TE6 og LR3
- LI4, SP6, BL67 og Du Yin, Ex-LE11. På BL67 og Du Yin brukes kun moxa
- LI4, SP6 og BL30

- LI4, SP6 og Cuo Chan Xue, "*Hastening birth-point*", et ekstrapunkt beliggende 3 cun lateralt for CV4 (Flaws 2005). Dette punktet benevnes Qi Men, Ex-CA5 i andre kilder (Jin, Jin og Jin 2008)

Flaws (2005) begrunner ikke punktvalgene og han gir heller ingen indikasjoner på hvordan punktene skal settes bortsett fra de to punktene som han nevner skal behandles med moxa.

3.2.3. West (2008)

West skriver om emosjoner og andre årsaker til ubalanser innenfor TKM og hvordan de påvirker den gravide eller fødende kvinnen:

- Bekymring fører til Qi stagnasjon, spesielt i HT, SP og LU
- Sinne gir LR Qi stagnasjon
- Frykt skader HT, SP og KI og kan for eksempel komme fra tidligere traumatiske fødselsopplevelser og dermed skape frykt i forbindelse med en ny fødsel
- Overarbeid og mangel på hvile opp til fødselen kan tære på KI og kvinnen kan allerede være utslitt før selve fødselsarbeidet begynner
- Overdreven trening tærer spesielt på SP og i svangerskapet kan det også påvirke CV og Chong Mai

West beskriver ikke konkret akupunkturbehandling knyttet til de spesifikke emosjonene under fødsel men diskuterer mye rundt både jordmors og akupunktørens rolle med hensyn til å få kvinnen til å føle seg avslappet og trygg. Hun understreker viktigheten av at kvinnen har fått bearbeidet eventuelle traumer eller frykt i god tid før fødselen starter slik at hun er best mulig forberedt ikke bare fysisk men også mentalt på det hun skal igjennom.

Videre redegjør hun for fire forskjellige ubalanser som kan finnes ved dystoci:

- Qi og Blod Xu, som kan komme for eksempel på grunn av tidlig vannavgang uten rier eller være en følge av tidligere blodtap på grunn av fødsler eller kraftige menstruasjonsblødninger
- KI Xu tilstander på grunn av mange svangerskap, kort tid mellom hver fødsel, eller in vitro fertilisasjons behandling (IVF), noe som alt sammen kan tære på KI
- SP og ST Xu for eksempel på grunn av dårlig kosthold
- Qi og Blod stagnasjon, spesielt LR Qi stagnasjon på grunn av emosjonelle problemer eller alvorlig premenstruell spenning før svangerskapet

West lister sine punktforslag opp i mot diagnose men bruker ikke konsekvent TKM diagnosene:

- Ved Qi og Blod Xu vil akupunktur kunne styrke kvinnens Qi. BL31 og BL32 stimuleres kraftig i ca. 10 minutter, dog ikke under ri
- Hvis riene er svake kan man i tillegg bruke LI4, SP6, LR3 og BL67. Begynn med stimulering av LI4 og SP6 i 10-15 minutter og tilføy eventuelt LR3, BL60 og BL67
- Hvis kvinnen trenger å styrke Qi kan man tonifisere BL20, BL21 (tonifiserer SP og ST) og ST36 (tonifiserer Qi generelt)
- For å åpne livmormunnen benyttes LR3 og GB34 siden GB34 er spesialpunkt for sener

3.2.4. Roemer (2005)

Roemer tar utgangspunkt i medisinsk akupunktur og beskriver dystoci i en mer vestlig terminologi enn de andre forfattere. Han oppgir årsaker til dystoci som et ukoordinert rimønster (for kraftige, for svake eller ikke regelmessige) som kan skyldes enten uterin hyper- eller hypotoni, angst, anspenhet eller smerter. Ifølge Roemer kan akupunktur regulere både rimønsteret og riaktiviteten. Et ukoordinert rimønster mener han skyldes ubalanse i tre-elementet og dets vev samt LR og GB meridianene. Derfor foreslår Roemer:

- LR3 og GB34 som hovedpunkter for regulering av riaktiviteten med bakgrunn i at disse punkter er møtepunkter for muskulaturen
- GB21, LI4, SP6, GV3, GV4 og GV20, men uten å spesifisere på hvilke indikasjoner de forskjellige punktene skal brukes

Ved hypertont rimønster, noe han beskriver som en Shi tilstand, anvendes reduserende teknikk. Et hypotont eller ukoordinert rimønster der imot er Xu og nålene bør settes tonifiserende eller even.

En stram livmormunn, cervical dystoci, kan være en annen grunn til fødselsdystoci.

Livmormunnen består for en stor del av bindevev og hører derfor til jord-elementet.

Primærpunktene blir derfor:

- SP6 og ST36. En stram livmormunn er en Xu tilstand og nålene skal settes tonifiserende
- I tillegg foreslår han GV3, GV4, GV20 og LR3, men igjen uten å spesifisere på hvilke indikasjoner de forskjellige punktene skal brukes

I tillegg beskriver Roemer at BL67 kan brukes ved modningsakupunktur og ved dystoci i utdrivningsfasen.

3.3. Emosjoner som årsak til ubalanser innenfor TKM

I TKM fokuseres det mye på sammenhengen mellom emosjoner og ubalanser. Hvert organ har en eller flere emosjoner knyttet til seg og som organet er mer utsatt for å bli skadet av. Alle emosjoner kan påvirke HT og emosjonelt stress kan påvirke Qi. Emosjonelt stress kan føre både til Qi Xu og Qi stagnasjon, noe som igjen kan føre til Blod stagnasjon i HT, LR og Uterus hos kvinner. Bekymring, grubling og frykt skader spesielt SP, LU, HT og KI. Dette kan føre til Qi Xu og LR Blod Xu (hos kvinner) samt forstyrrelser i Qi sirkulasjonen. Samtidig kan ubalanse i et organ gi emosjonelle ubalanser. Lang tids frykt kan gi KI Xu tilstander på samme måte som lang tids KI Xu, for eksempel på grunn av overarbeid, kan skape frykt og engstelse hos pasienten (Maciocia 2005).

3.4. Forskning

3.4.1. Lyngsø, Lorentzen og Lauszus (2010)

Tittel: Akupunktur til vestimulering under fødselen

Dette er en enkeltblindet randomisert studie som ønsker å se på effekten av akupunktur ved behandlingskrevende primær eller sekundær dystoci etter spontan fødselsstart. Studien ble gjennomført på Herning og Holstebro sykehuse i Danmark i perioden 2002-2007.

Inkluderingskriteriene var normale friske fødekvinner til termin som under et ellers normalt fødselsforløp hadde blitt diagnostisert med behandlingskrevende dystoci i fødselsforløpet.

Ifølge styrkeberegningen burde minst 150 personer ha deltatt. På grunn av rekrutteringsproblemer ble deltakerantallet redusert. 242 kvinner ble spurt, men 158 ønsket ikke og delta. 84 kvinner ble randomisert i studien, av disse fullførte 74. Det primære endemålet er progresjon av livmormunnens åpning over en totimers periode og de sekundære endemål er fødselslengde, trykkesid, bruk av ristimulerende drypp, bruk av smertelindring samt antall instrumentelle forløsninger og keisersnitt. Randomiseringsprosess og de statistiske metoder som benyttes er godt beskrevet. 42 kvinner ble randomisert til hver gruppe. Det var ingen signifikante forskjeller på gruppene og frafall i gruppene var likt. Det ble ikke gjort noen individuelle vurderinger av årsaken til dystoci hos de inkluderte kvinnene. Jordmødrene som utførte akupunkturbehandlingen hadde tidligere, innenfor de siste fem årene, gjennomført et akupunkturkurs av 23-30 timers varighet. Før prosjektstart fikk alle et totimers gjenoppfriskningskurs i ristimulerende akupunktur. Nålestørrelse, innstikk og teknikk beskrives godt, men det foreligger ingen beskrivelse av bakgrunnen for punktvalget med hensyn til TKM funksjon. Følgende punkter ble satt:

- SP6, KI3, KI6, BL60 og LI4 i tillegg til akupressur på BL67.

Akupunkturbehandlingen varte ca. 30 minutter hvor jordmor var på fødestuen hele tiden. I kontrollgruppen var jordmor på fødestuen sammen med kvinnen i en halv time for at kvinnene i denne gruppen skulle ha samme opplevelse av jordmors tilstedeværelse som de i akupunkturgruppen. Det var ingen signifikante forskjeller verken på primær eller sekundære endepunkter i de to gruppene. Det ble ikke rapportert om uheldige bivirkninger av akupunkturbehandlingen ut over en enkelt kvinne som fikk nåleubehag. Forfatterne er klar over studiens svakheter, blant annet med hensyn til antall inkluderte, men de stiller ingen spørsmål angående punktvalg. De kommenterer jordmødrenes akupunkturferdigheter samt behovet for kompetanseheving på dette området.

3.4.2. Selmer-Olsen, Lydersen og Mørkved (2007)

Tittel: Does acupuncture used in nulliparous women reduce time from prelabour rupture of membranes at term to active phase of labour? A randomised controlled trial.

Dette er en randomisert kontrollert studie som har som primær mål å undersøke om tiden fra vannavgang uten rier til aktiv fødsel kan forkortes ved å anvende akupunktur. Studien ble gjennomført på St. Olavs Hospital i Trondheim i perioden 2004-2006. Inkluderingskriteriene var friske førstegangs fødende til termin med vannavgang uten rier og forventet normalt fødselsforløp ellers. 106 førstegangs fødende kvinner ble inkludert i studien, av disse fullførte

101. Frafall i gruppene er godt beskrevet. Ifølge styrkeberegningen burde minst 208 personer ha deltatt. Det primære endemålet er tiden fra vannavgang uten rier til aktiv fødsel samt behovet for fødselsinduksjon. De sekundære endemål er total fødselslengde, bruk av ristimulerende drypp, bruk av smertelindring, antall instrumentelle forløsninger og keisersnitt samt kvinnens velbefinnende under fødselsforløpet. Randomiseringsprosess og de statistiske metoder som benyttes er godt beskrevet. 51 kvinner ble randomisert til akupunktur og 55 til kontrollgruppen. Det var ingen store signifikante forskjeller på gruppene og frafall i gruppene var nesten likt. Jordmødrene som utførte akupunkturbehandlingen hadde tidligere gjennomført et akupunkturkurs av 120 timers varighet i regi av Norsk Akupunkturskole/NKFA (Austli 2002). Før prosjektstart fikk alle et seks timers gjenoppfriskningskurs. Nålestørrelse, innstikk og teknikk beskrives godt. Kvinnene som ble randomisert til akupunktur fikk alle satt CV4. De resterende punktene ble valgt ut fra TKM diagnose (Selmer-Olsen, Lydersen og Mørkved 2007). Kvinnen ble delt i tre ”diagnosegrupper” ut fra ”*generell konstitusjon og dominerende diagnoser*”:

SP Qi Xu:

- BL20, SP6 og ST36

LR Qi stagnasjon:

- BL18, LR3 og LI4

KI Qi Xu:

- BL23 og KI3

I tillegg ble følgende punkter satt på indikasjon:

GV4, GV20, HT7, BL15, LU7, BL31, PC6 og TE6. Indikasjonene beskrives ikke i forskningsrapporten.

BL punktene ble satt bilateralt, de andre punktene unilateralt. Akupunkturbehandlingen varte ca. 30 minutter og ble gjentatt etter 24 timer hvis kvinnen ikke hadde gått i aktiv fødsel. Det er ingen beskrivelse av kontrollgruppens behandling ut over sykehusets standardprosedyrer ved vannavgang uten rier. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller verken på primær eller sekundære endepunkter i de to gruppene. De fant at fra vannavgang til aktiv fase var mean time i akupunkturgruppen 5.5 timer kortere enn i kontrollgruppen. Fra vannavgang til fødsel var mean time mer enn 6 timer kortere. Dette var dog ikke statistisk signifikant, muligvis på grunn av et for lite deltakerantall i forhold til styrkeberegningen. Det ble ikke rapportert om uheldige bivirkninger av akupunkturbehandlingen ut over en kvinne som ble svimmel ved første behandling og derfor ikke ønsket behandling på dag 2. Forfatterne er klar over studiens svakheter, blant annet med hensyn til antall inkluderte, men de stiller ikke spørsmål angående TKM diagnostiseringen og punktvalg.

3.4.3. Gaudernack, Forbord og Hole (2006)

Tittel: Acupuncture administered after spontaneous rupture of membranes at term significantly reduces the length of birth and use of oxytocin. A randomized controlled trial.

Dette er en randomisert kontrollert studie som har som primær mål å undersøke om tiden fra vannavgang uten rier til fødsel kan forkortes ved å anvende akupunktur. Studien ble gjennomført på Rikshospitalet i Oslo i perioden 2003-2005. Inkluderingskriteriene var friske fødende til termin med vannavgang uten rier og forventet normalt fødselsforløp ellers. 100 kvinner ble inkludert i studien. Det er ikke redegjort for noen styrkeberegning i denne studien. Det primære endemålet var tiden fra vannavgang uten rier til fødsel samt behovet for ristimulerende drypp. De sekundære endemål var behov for induksjon, bruk av smertelindring, antall instrumentelle forløsninger, blødning og rifter. Randomiseringsprosess og de statistiske metoder som benyttes er godt beskrevet. 48 kvinner ble randomisert til akupunktur og 52 til kontrollgruppen. Det er ikke beskrevet om det er forskjeller på gruppene annet enn at antall førstegangs fødende er likt. Frafall i gruppene er der imot nøye beskrevet og etter frafall var det 43 igjen i akupunkturgruppen og 48 i kontrollgruppen. Hvem som utførte akupunkturen og hvilken utdanning de hadde er ikke beskrevet. Nålestørrelse, innstikk og teknikk beskrives i liten grad. Kvinnene som ble randomisert til akupunktur fikk alle satt følgende punkter:

- ST36, LR3 og CV4

De tre punktene ble valgt fordi *"de skal være bra ved vannavgang uten rier"*. LR3 ble satt mot KI1 for å *"modne livmormunnen"* og CV4 mot CV3 for å *"åpne CV"*.

De resterende punktene ble valgt ut fra TKM diagnose som inkluderte tunge og puls diagnose. Det redegjøres ikke for spesifikke diagnoser, hvor mange som fikk flere nåler eller hvor mange nåler de fikk ut over det som ble satt som standard. Følgende punkter ble satt:

- SP6, KI6, KI3, LI4, TE6, GB41, LU7 og HT7

Akupunkturbehandlingen varte ca. 20 minutter og ble bare satt en gang. Det er ingen beskrivelse av kontrollgruppens behandling annet enn de fulgte sykehusets vanlige opplegg for fødende med vannavgang uten rier. Det var ingen statistisk signifikant forskjell på tiden fra vannavgang til fødsel i de to gruppene selv om mean time var ca. 3 timer kortere i akupunkturgruppen. De fant dog at tiden fra aktiv fase til fødsel var signifikant kortere i akupunkturgruppen, spesielt hos de kvinnene som hadde blitt indusert som følge av vannavgang uten rier. Det var også signifikant mindre bruk av ristimulerende drypp i akupunkturgruppen. Det ble ikke rapportert om uheldige bivirkninger av akupunkturbehandlingen. Forfatterne stiller ikke spørsmål ved eventuelle svakheter i studien slik som deltakerantall, behandlernes utdanning og kunnskaper eller TKM diagnostiseringen og punktvalget.

4. Drøfting

4.1. Drøfting av teorien

Når man ser på diagnoser ved dystoci hos de inkluderte forfattere så deler de alle dystoci inn i to hovedkategorier, enten Xu eller Shi, selv om ikke alle forfattere bruker nettopp denne terminologien. Beskrivelsene av årsakene varierer men de er stort sett enig om at årsaken som oftest vil finnes i historikken både før og under svangerskapet, ikke bare under fødselen.

Årsakene beskrives både som av fysisk opprinnelse og med bakgrunn i emosjonelle påvirkninger (Xu m.fl. 1988, Flaws 2005 og West 2008). Den som skiller seg ut her er Roemer (2005), som med sin bakgrunn primært i medisinsk akupunktur ikke vektlegger dette i samme grad men konsentrerer seg om rimønsteret i seg selv. Han skriver dog at hvis årsaken er en funksjonell ubalanse så har akupunktur umiddelbar god effekt. I vestlig medisin fokuseres mer på det som oppstår under fødselen bortsett fra psykiske påvirkninger som er en kjent predisponerende faktor (Alehagen m.fl. 2005). Med hensyn til punktvalg er alle forfattere enige om følgende punkter ved dystoci:

- SP6, ST36, LI4 og LR3

Det er også enighet om at SP6 og ST36 er hovedpunktene hvis dystoci skyldes Xu tilstander (Xu m.fl. 1988, Flaws 2005, West 2008 og Roemer 2005). Begge disse punktene er hovedpunkter ved behandling av Qi og Blod Xu generelt (Maciocia 2005). SP6 styrker SP, KI og LR, de tre hovedansvarlige organer for Qi og Blod produksjon og roer Shen. ST36 styrker ST og SP og nærer blod (Møller 2008). LI4 og LR3 er punktene som skal benyttes ved Shi tilstander. Ved dystoci med Qi og Blod stagnasjon under en fødsel vil manifestasjonen, i tillegg til manglende fremgang, ofte være sterke smerter på grunn av et hypertont rimønster (Xu m.fl. 1988, Flaws 2005, West 2008 og Roemer 2005). LR3 fremmer fri flyt av Qi, har spesiell effekt på spasmer i tillegg til at det roer Shen. LI4 fjerner smerte og stimulerer fødsel (Møller 2008).

Samtidig har hver forfatter en rekke punkter i tillegg. Xu m.fl. (1988) og Flaws (2005) er enig om BL67, KI7 og Du Yin, Ex-LE11. I tillegg tilføyer Xu m.fl. (1988) GB21, CV4, CV6, PC6 og KI3. Flaws (2005) har en tradisjonell TKM tilnærming når man ser på hans punktvalg. Han legger seg tett opp av Xu m.fl. (1988), men i tillegg har han med BL30, TE6 og Qi Men, Ex-CA5. Det siste punktet er ikke beskrevet av noen av de andre forfattere. I Jin, Jin og Jin (2008) står det ikke noe om effekt på fødsler, men det er tydeligvis et stort gynekologisk punkt. Felles for de valgte punktene er at de enten er kjent for å stimulere fødsel, stimulere eller regulere Qi, spesielt i nedre Jiao eller regulerer Uterus. I tillegg er det flere av disse punktene som roer Shen (Møller 2008).

West (2008) og Roemer (2005) har en litt annen innfallsvinkel med hensyn til punktvalg ut over de fire standardpunkter alle er enig i. West (2008) inkluderer BL67 og begge velger også GB34, et punkt de andre ikke har med. GB34 er spesialpunkt for sener og brukes blant annet ved muskeltammer (Møller 2008). At de velger dette punktet kan kanskje forklares med deres utgangspunkt i vestlig medisin og dermed en annerledes forståelse av anatomen og fysiologien enn den mer tradisjonelle TKM tilnærmingen de andre forfatterne har. West

(2008) velger i tillegg BL20 og BL21, Back-Shu punktene for henholdsvis SP og ST samt BL31, BL32 og BL60. Roemer (2005) velger GB21, GV3, GV4 og GV20. De to valgte Back-Shu punktene styrker SP og ST Qi i tillegg til at BL20 også nærer Blod. De andre punktene er kjent for enten å stimulere fødsel, regulere Qi i nedre Jiao, fjerne smerte samt styrke KI Qi og Yang. GV20 styrker oppadgående SP Qi og *"Lifts the spirit"* (Møller 2008).

Her har vi altså to grupperinger som er enige i fire standardpunkter men velger forskjellige punkter ellers. Det som man kan se er at de valgte punktene stort sett har samme funksjoner med hensyn til å styrke og regulere Qi og Blod, regulere Uterus og stimulere fødsel (Møller 2008). Felles for de valgte punktene er at de, enten via deres TKM funksjon eller på bakgrunn av hvilken indikasjon de brukes for, kan ha innvirkning på de spesifikke TKM diagnosene den fødende kan få ved dystoci. Det som er interessant er at punktene valgt av Xu m.fl. (1988) og Flaws (2005) i større grad også roer Shen. Spesielt West (2008) er jo opptatt av emosjonenes påvirkning på fødselen, men dette kommer ikke så mye til uttrykk i hennes punktvalg. Samtidig skriver Maciocia (2005) at emosjonelle påvirkninger kan føre til nettopp Qi og Blod Xu samt Qi og Blod stagnasjon, noe som forfatterne oppgir som hovedårsakene til dystoci i TKM. At Roemer (2005) ikke foreslår BL67 ved dystoci i åpningsfasen kan synes rart når han i sin bok har det med både i modningsakupunktur og ved dystoci i utdrivningsfasen og skriver at punktet er velkjent for å *"promote labor"*.

4.2. Drøfting av forskningen opp imot teorien

I de tre inkluderte forskningsrapportene er hovedtema akupunktur som fødselsstimulering ved enten primær eller sekundær dystoci.

Lyngsø, Lorentzen og Lauszus (2010) velger få punkter som settes likt på alle de inkluderte i akupunkturgruppen. SP6, LI4, BL60 og BL67 er alle beskrevet og foreslått av forfatterne i teoridelen. KI3 og KI6 er punkter som blant annet regulerer Uterus, styrker KI Qi og roer Shen. De seks valgte punktene har altså TKM funksjoner som man ville forvente kunne ha effekt på fødselsforløpet. Likevel finner de ikke noen forskjell med hensyn til progresjon i åpningen av livmormunnen eller fødselslengde hos de to gruppene i studien.

I studien til Selmer-Olsen, Lydersen og Mørkved (2007) bruker de hele 17 forskjellige punkter. Alle inkluderte fikk satt CV4. Deretter ble punktvalget basert på tre grunnleggende diagnoser: SP Qi Xu, LR Qi stagnasjon og KI Qi Xu. I tillegg ble en rekke punkter satt på spesifikke indikasjoner, uten at det beskrives nøyere i forskningsrapporten. Følgende punkter ble anvendt:

- SP6, ST36, LR3 og LI4. Dette er standardpunktene til de inkluderte forfatterne
- KI3, PC6, TE6, BL20, BL31, GV4 og GV20. Disse punktene er alle beskrevet og foreslått av en eller flere av forfatterne. Der hvor punktene er valgt med utgangspunkt i en diagnose stemmer dette godt overens med forfatternes beskrivelser (Xu m.fl. 1988, Flaws 2005, West 2008 og Roemer 2005)
- BL15, BL18, BL23, HT7 og LU7. Disse punktene er det ingen av forfatterne som nevner ved akupunkturbehandling av dystoci. Når man ser på TKM funksjoner og indikasjon for bruk av punktene går det igjen at de blant annet styrker og regulerer Qi og Blod spesielt i

LR og HT samt roer Shen. Punktet som skiller seg ut er LU7 som, ut over å ha effekt på emosjonelle ubalanser knyttet til LU, ikke ser ut til å ha effekt som kan relateres til dystociproblematikken. LU7 er åpningspunkt for CV men da med kobling til KI6 (Møller 2008), et punkt de ikke har med

Gaudernack, Forbord og Hole (2006) velger ni punkter i sin studie. Alle inkluderte i akupunkturgruppen får satt ST36, LR3 og CV4. I tillegg settes helt individuelle diagnoser og videre punktvalg gjøres ut fra disse. De beskriver ikke hvilke diagnoser som settes, punktvalg ut fra disse eller hvor mange punkter hver især får. Punktene de benytter er:

- SP6, ST36, LR3 og LI4. Dette er standardpunktene til de inkluderte forfatterne
- KI3, CV4, og TE6. Disse punktene er alle beskrevet og foreslått av en eller flere av forfatterne (Xu m.fl. 1988, Flaws 2005, West 2008 og Roemer 2005)
- KI6, GB41, HT7 og LU7. Disse punktene er det ingen av forfatterne som nevner ved akupunkturbehandling av dystoci. Når man ser på TKM funksjoner og indikasjon for bruk av punktene ser man at KI6 regulerer Uterus i tillegg til å være koblingspunkt til LU7 for å åpne CV. GB41 fremmer fri flyt av LR Qi. HT7 styrker HT Qi, nærer HT Blod og roer Shen og LU7 ser som tidligere nevnt ikke ut til å ha effekt som kan relateres til dystociproblematikken ut over å ha effekt på emosjonelle ubalanser knyttet til LU. Punktet er åpningspunkt for CV da med kobling til KI6 (Møller 2008), så det kan tenkes det er i denne forbindelse forskerne har valgt å ta det med, men dette sier forskningsrapporten ikke noe om

Denne studien er den eneste som finner effekt av akupunktur på dystoci. Selv om den totale fødselslengde ikke var signifikant kortere, noe som var det ene primærendemål, så var bruken av medikamentell ristimulering kraftig redusert i akupunkturgruppen og tiden fra aktiv fødsel til barnets fødsel var signifikant kortere spesielt hvis kvinnen hadde blitt indusert på grunn av manglede rier.

Her har man altså tre studier som umiddelbart ikke er sammenliknbare. De har forskjellige inklusjonskriterier, forskjellig tilnærming til diagnostisering og dermed forskjellige punktvalg. To studier finner ikke statistisk signifikant effekt av akupunktur, på tross av at den ene studien faktisk har en ganske redusert mean time i fødselsforløpet. En studie finner effekt av akupunktur på to endemål i tillegg til en ikke signifikant kortere total fødselslengde.

Studiene har dog også noe til felles. De har alle få deltakere, noe som svekker sannsynligheten for å få statistisk signifikante utfall, jamfør artikkel 7a i CONSORT (Schulz m. fl 2010). Punktvalgene er kun delvis begrunnet, det redegjøres ikke godt nok for TKM-diagnostiseringen og hvordan de individuelle punktvalg gjøres i de to norske studiene. Jordmødrenes akupunkturkunnskaper er kun delvis beskrevet. Dette gjør at forskningsrapportene ikke følger STRICTA retningslinjene og studiene kan være vanskelig å replisere ved senere anledning (MacPherson m.fl 2001). Dette kan også være en mulig forklaring på at forskerne ikke alltid finner effekt av akupunktur (Birch 1997).

Når man overordnet sammenlikner punktvalgene til de inkluderte forfattere og de som er anvendt i studiene så er det generell enighet om standardpunktene. I tillegg dekker de valgte punktene mange av de samme TKM funksjonene selv om punktvalgene ikke er helt de samme. Alle kan dog ha direkte eller indirekte innvirkning på dystoci kanskje med unntak av LU7 (Møller 2008).

Tabell 1: Sammenligning av punkter: Teori og forskning

Xu m. fl. (1988)	Flaws (2005)	West (2008)	Roemer (2005)	Lyngsø, Lorentzen og Lauszus (2010)	Selmer-Olsen, Lyder-sen og Mørkved (2007)	Gaudernack, Forbord og Hole (2006)
SP 6	SP 6	SP 6	SP 6	SP 6	SP 6	SP 6
ST 36	ST 36	ST 36	ST 36		ST 36	ST 36
LR 3	LR 3	LR 3	LR 3		LR 3	LR 3
LI 4	LI 4	LI 4	LI 4	LI 4	LI 4	LI 4
BL 67	BL 67	BL 67		BL 67		
KI 7	KI 7					
Du Yin, Ex-LE 11	Du Yin, Ex-LE 11					
	Qi Men, Ex-CA 5					
GB 21			GB 21			
CV 4					CV 4	CV 4
CV 6						
PC 6					PC 6	
KI 3				KI 3	KI 3	KI 3
	BL 30					
	TE 6				TE 6	TE 6
		GB 34	GB 34			
		BL 20			BL 20	
		BL 21				
		BL 31			BL 31	
		BL 32				
		BL 60		BL 60		
			GV 3			
			GV 4		GV 4	
			GV 20		GV 20	
				KI 6		KI 6
					HT 7	HT 7
					LU 7	LU 7
						GB 41
					BL 15	
					BL 18	
					BL 23	

Xu m.fl. (1988) og Flaws (2005) bruker tradisjonelle TKM diagnoser. De vektlegger emosjoner lite i diagnostisering av dystoci, men tilgodeser det likevel i punktvalg. West (2008) og Roemer (2005) tar utgangspunkt i en mer vestlig medisinsk tilnærming, både ved diagnostisering og punktvalg. I alle tre studier tar forskerne utgangspunkt i en vestlig medisinsk diagnose men velger punkter ut fra kunnskap om punktenes TKM funksjon. Samtidig er noen punkter satt opp som standardpunkter og andre punkter er satt på indikasjon med bakgrunn i TKM diagnostisering uten at dette er beskrevet i forskningsrapportene.

LU7, HT7 og KI6 er tre punkter som ingen av forfatterne har med, men som helt eller delvis er inkludert i studiene. Xu m.fl. (1988), Flaws (2005) og Roemer (2005) er i sine diagnoser lite opptatt av emosjonenes funksjon i forhold til fødsel hvor imot West (2008) vektlegger det i teorien. Alle velger likevel punkter som har som TKM funksjon å roe Shen. Gaudernack, Forbord og Hole (2006), Selmer-Olsen, Lydersen og Mørkved (2007) og Lyngsø, Lorentzen og Lauszus (2010) ser også ut til å prioritere dette når de inkluderer ovennevnte punkter. Samtidig redegjør forskerne ikke for hvorfor de inkluderer disse punktene. I vestlig medisin, hvor forskerne har sin base, er det fokus på de psykologiske faktorerers innflytelse på fødselsforløpet (Alehagen m.fl. 2005). Man kan forestille seg at forskerne derfor har mer fokus på punkter med TKM funksjon som har effekt på dette. HT7 og KI6 roer begge Shen, noe som vil kunne ha effekt på emosjonene da "Shen" ikke kun er HT aspektet av Shen men hele det komplekse grunnlaget for det mentale og spirituelle/emosjonelle aspekt av mennesket (Maciocia 2005). Som tidligere nevnt kan emosjonelle påvirkninger føre til Qi og Blod Xu samt Qi og Blod stagnasjon som er hovedårsakene til dystoci i TKM (ibid). LU7 er åpningspunkt for CV da med kobling til KI6 (Møller 2008) og kan ha blitt inkludert på bakgrunn av dette. Det ville teoretisk kunne være relevant siden CV regulerer Uterus og beveger Qi i nedre Jiao. Samtidig er ikke CV beskrevet ved problemer med dystoci (Maciocia 2006). Siden disse aspektene ikke er presisert i forskningsrapportene blir det kun spekulasjoner med hensyn til hvorfor og på hvilken bakgrunn forskerne har valgt å inkludere disse punktene.

5. Konklusjon

Jeg har i denne oppgave sett på fire forfattere og tre forskningsrapporter for å forsøke å belyse hvilke vurderinger jordmødre som anvender fødselsstimulerende akupunktur bør gjøre med hensyn til valg av akupunkturpunkter.

Etter å ha bearbeidet det innhentede materialet ser jeg at vestlig medisin og TKM er enig i at dystoci kan skyldes manglende energi, problemer med flyten av energi og/eller emosjonelle/psykologiske faktorer. Forklaringsmodellene er selvfølgelig forskjellige og behandlingen tar utgangspunkt i forståelsen av problemet ut fra hvilken medisinsk modell som anvendes. I vestlig medisin er man fullt klar over de psykologiske faktorerers betydning for de fysiologiske prosesser under en fødsel. Man anvender også flere forskjellige målepunkter for å evaluere fremgangen i fødselen. Likevel blir det ikke nødvendigvis tatt hensyn til dette når beslutningen om å sette opp et stimulerende drypp blir tatt. På samme måte kan man også se

at ikke alle aspekter ved dystoci og dets årsaker vurderes når TKM diagnose og punktvalg gjøres før en akupunkturbehandling.

Jordmødre som jobber i norske sykehus og som bruker akupunktur vil altså befinne seg i spennet mellom to forklaringsmodeller når de skal behandle pasientene sine. Det er tydelig at korrekt TKM diagnostisering vil være essensielt for punktvalget og dermed også resultatet. Samtidig bør jordmødrenes kunnskaper om årsaker til dystoci i vestlig medisinsk perspektiv innkoopereres i diagnostiseringsprosessen. Hvordan skal jordmødre sikre seg at de da stiller korrekt diagnose og dermed velger de riktige punktene? Her mener jeg at jordmødrene må ha en god nok teoretisk kompetanse til å kunne foreta adekvat TKM diagnostisering, men også god nok kunnskap om vestlig medisinske årsaker for å kunne gjøre gode punktvalg. Bruk av ”kokeboksakupunktur” med standardpunkter valgt ut fra vestlig medisinsk diagnose bør unngås: *”Western diagnosis is just a name, it has nothing to do with TCM. You must ALWAYS do syndrome differentiation”* (Dr. Wang, 2013). Dette krever at jordmødrene får tilstrekkelig utdanning om hvordan dystoci forklares både i vestlig medisin og i TKM, inkludert viktigheten av emosjonenes påvirkning på fødselsforløpet. I tillegg bør jordmødre ha nok klinisk praksis innenfor TKM for å kunne utøve behandlingen på en effektiv måte.

6. Litteraturliste

Alehagen S. m.fl. (2005) *Fear, pain and stress hormones during childbirth*. J Psychosom Obstet Gynaecol 2005;26:153-165.

Austli (2002) <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/121761/desentralisert-akupunktur-utdanning-for-jordmodre> (Lest 15/2-2014)

Barratt-Due A, Hagen I og Dahl V (2005). *Smertelindring til fødende i norske sykehus*. Tidsskrift for den Norske Lægeforening 125: 2504-6.

Birch S (1997). *Issues to consider in determining an adequate treatment in a clinical trial of acupuncture*. Complementary Therapies in Medicine 5: 8-12.

Blix E, Kumle M og Øian P (2008). *Hvor lenge kan en normal fødsel vare?* Tidsskrift for den Norske Legeforening; 128:686-9

Dalland O (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Flaws B (2005). *Chinese Medical Obstetrics*. Boulder, Colorado: Blue Poppy Press.

Gaudernack LC, Forbord S og Hole E (2006) *Acupuncture administered after spontaneous rupture of membranes at term significantly reduces the length of birth and use of oxytocin. A randomized controlled trial*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(11):1348-53.

Jin S, Jin W og Jin P (2008) *A Practical Handbook of Acupuncture Points*. 3. Utg. Beijing: Peoples Medical Publishing House.

Lyngsø CE (2010). *Akupunktur til vestibulering under fødslen*. Presentasjon av forskningen på Nordisk Jordemoderkongress, København, Danmark.

Lyngsø CE, Lorentzen IP og Lauszus F (2010). *Akupunktur til vestibulering under fødslen*. Ugeskrift for Læger;172(4):289-293

Maciocia G (2005). *The Foundations of Chinese Medicine*. 2. utg. Churchill Livingstone Elsevier.

Maciocia, G (2006). *The Channels of Acupuncture*. 1. utg. Churchill Livingstone Elsevier.

Møller F (2008). *Akupunkturpunkter i Tradisjonell Kinesisk Medisin*, 4. Utg. Norge: Akupunkturhøyskolen.

Møller m.fl. (2011) http://dsog.dk/sandbjerg/110120_Dystoci.pdf (Lest 30/12-2013)

MacPherson H m.fl. (2001). *Standards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture: the STRICTA recommendations*. Complementary therapies in medicine, 9 246-249

Nerum H m.fl. (2006) *Maternal request for cesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented counseling?* Birth; Volum 33 (3). ISSN 0730-7659.s 221 - 228.

Roemer A (2005). *Medical Acupuncture in Pregnancy*. Basert på 3. tyske utg. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Schulz K F, Altman D G og Moher D for the CONSORT Group (2010). *CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials*. Annals of Internal Medicine 2010;152.

Store medisinske leksikon <http://sml.snl.no/dystoci> Definisjon dystoci. Lest (29/12-2013)

Store norske leksikon <http://snl.no/inerti> Definisjon inerti. Lest (29/12-2013)

Selmer-Olsen T, Lydersen S og Mørkved S (2007) *Does acupuncture used in nulliparous women reduce time from prelabour rupture of membranes at term to active phase of labour? A randomised controlled trial*. Acta Obstet Gynecol Scand 2007;86:1447-52.

Wang, Dr. (2013) *Sitat fra klinisk undervisning i Nanjing, august-september 2013*

West Z (2008). *Acupuncture in Pregnancy and Childbirth*. 2. utg. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

<http://www.acupuncture-plymouth.org.uk/practitioners.htm> (Lest 2/2-2014)

<http://www.frauenarzt-roemer.de> (Lest 29/12-2013)

<http://www.healthy.net/scr/bio.aspx?Id=57> (Lest 29/12-2013)

<http://www.njutcm.edu.cn/en/> (Lest 17/3-2014)

<http://www.zitawest.com> (Lest 29/12-2013)

Vedlegg 1

Tabell 1 Sammenligning av punkter: Teori

Xu m. fl. (1988)	Flaws (2005)	West (2008)	Roemer (2005)
SP 6	SP 6	SP 6	SP 6
ST 36	ST 36	ST 36	ST 36
LR 3	LR 3	LR 3	LR 3
LI 4	LI 4	LI 4	LI 4
BL 67	BL 67	BL 67	
KI 7	KI 7		
Du Yin, Ex-LE 11	Du Yin, Ex-LE 11		
	Qi Men, Ex-CA 5		
	BL 30		
	TE 6		
		GB 34	GB 34
		BL 20	
		BL 21	
		BL 31	
		BL 32	
		BL 60	
GB 21			GB 21
			GV 3
			GV 4
			GV 20
CV 4			
CV 6			
PC 6			
KI 3			

Vedlegg 2

Tabell 2 Sammenligning av punkter: Forskning

Lyngsø, Lorentzen og Lauszus (2010)	Selmer-Olsen, Lydersen og Mørkved (2007)	Gaudernack, Forbord og Hole (2006)
SP 6	SP 6	SP 6
	ST 36	ST 36
	LR 3	LR 3
LI 4	LI 4	LI 4
BL 67		
	TE 6	TE 6
	BL 20	
	BL 31	
BL 60		
	GV 4	
	GV 20	
	CV 4	CV 4
	PC 6	
KI 3	KI 3	KI 3
KI 6		KI 6
	HT 7	HT 7
	LU 7	LU 7
	BL 15	
	BL 18	
	BL 23	
		GB 41